

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ГЕНДЕРНОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.М. Юрьева

На основании комплексного клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психодиагностического и социально-демографического обследования 230 пациентов с параноидной шизофренией, среди которых было 120 женщин (основная группа) и 110 мужчин (группа сравнения), установлены гендерно-специфические клинико-психопатологические особенности течения параноидной шизофрении, а также различия социального и семейного функционирования и качества жизни пациентов, что послужило основанием для научного обоснования подходов к гендерноспецифической терапии и разработки гендерноспецифических мероприятий психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гендерные особенности, женщины, психосоциальная реабилитация.

SCIENTIFIC RATIONALE OF APPROACHES TO GENDER SPECIFIC EXCLUSION OF THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF WOMEN AFFLICTED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N. Yrueva

Based on a comprehensive clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, psychodiagnostic and socio-demographic survey of 230 patients with paranoid schizophrenia which included 120 women and 110 men set specific gender clinical and psychopathological peculiarities of paranoid schizophrenia and differences of social and family functioning and quality of life of patients, which was the basis for the scientific study of approaches to therapy and development specific gender measures of psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, gender sensitive, women, psychosocial rehabilitation.

УДК 616.89-008.1:613.86

О.И. Осокина

СМЫСЛ ОПЫТА ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОЗА И СВЯЗАННАЯ С НИМ СТРЕССОГЕННОСТЬ СИТУАЦИИ: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: смысл опыта психоза, шизофрения, стрессогенность ситуации, экзистенциально-личностная реабилитация

В данной статье рассмотрены вопросы, связанные с психологическим дистрессом, который испытывают больные шизофренией после перенесенного психотического приступа, через призму экзистенциальной парадигмы. Изучены параметры стрессогенной ситуации связанной с госпитализацией, опытом психотических переживаний и особенностями существования с психиатрическим диагнозом в постпсихотический период. Исследованы самоотчеты больных шизофренией и определены их потребности и ожидания, на основании которых разработана модель экзистенциально – личностной реабилитации. Доказано, что использование данной реабилитационной модели достоверно ($p < 0,001$) снижает стрессогенность ситуации, связанной с психиатрическим опытом, у больных после манифестации шизофрении.

Начало шизофрении представляет собой кризисную жизненную ситуацию для человека. В экзистенциальном понимании кризис является частью бытия индивида. Экзистенциальные теоретики (Хайдеггер М., 1997; Бьюдженталь Дж., 1998; Франкл В., 1998; Якобсен Б., 2005; Бите И., 2005) рассматривают кризис как открытие возможностей, находя в любой кризисной ситуации две стороны: страдание и возможность открытия глубин своего существования. Благодаря расколам у индивида появляется возможность взглянуть на то, чем жизнь является на самом деле. Кризис становится экзистенциальным и может стать поворотной точкой в жизни человека, новой жизненной возможностью [1–4]. И. Д. Ялом (1999) описывает четыре основных экзистенциальных феномена: 1) смерть («мы живём, но однажды мы умрём»); 2) свобода («мы строим свои жизни сами, вправе делать свободный выбор и нести за него ответственность»); 3) изоляция («мы рождены и умираем одни, но нам необходимы другие люди и чувство общности»); 4) бессмысленность («мы ищем и строим смысл жизни, но во вселенной нет смысла») [10]. У больных шизофренией, переживших

психотический опыт, экзистенциальные аспекты заметного активизированы кризисом.

Сложность правильного конструктивного осмысления опыта перенесенного психоза связана не только с самой сложностью нахождения и раскрытия смысла, но и с присутствием эмоциональных нарушений и психологического дистресса, а также со специфическими нюансами когнитивного функционирования больных шизофренией. Ощущение бессмысленности психотического опыта или придание ему только негативного, разрушающего смысла, деструктивно влияют на выздоровление, на дальнейшее функционирование и жизнь человека. Проблемы, связанные с осмыслением переживаний психотической реальности и столкновением с психиатрической службой, препятствуют интеграции полученного опыта в общий жизненный опыт больных шизофренией, заставляют их делить прожитую жизнь на отрезок до и после болезни. При этом прошлому опыту придаётся большее значение, так как, по мнению больных, там остались цели, устремления, смыслы, а следующий за болезнью опыт рассматривается как

лишённый всякого смысла, надежды, цели, радости, любви, а значит и целенаправленной деятельности.

Известный экзистенциальный философ П. Тиллих (1995) писал о том, что здоровый человек способен формировать свой мир и себя самого в соответствии со смыслами и ценностями. Ценности представляют собой духовные ориентиры, которыми руководствуется человек при осуществлении деятельности. Жизнь с психиатрическим диагнозом приносит страдание, часто приводит к смыслоутрате и порождает экзистенциальную тревогу. П. Тиллих считает, что это связано с утратой духовных ценностных ориентиров и, в отличие от тревоги, связанной с отношением к смерти или судьбе, экзистенциальная тревога смыслоутраты происходит в связи с уходом от вопроса о смысле. Этот механизм можно наблюдать у больных шизофренией, когда в ответ на болезненные и пугающие воспоминания о психотическом опыте включаются защитные механизмы (отрицание, искажение, вытеснение), которые препятствуют полноценному осознанию и осмыслению сложившейся ситуации. Переживание бессмысленности и тревоги, с ней связанной, блокируют самоактуализацию, движение вперёд, личностный рост, поиск возможностей и постановку целей [6].

Тот опыт, через который прошли пациенты с шизофренией, связан не только с переживанием ими собственно психотических феноменов (галлюцинаций, бредовых идей, симптомов отчуждения, психических автоматизмов), но и с нахождением в стенах психиатрических учреждений, со специфическим режимом психиатрических стационаров, изоляцией, необходимостью приёма психотропных средств. После выписки из больницы – присоединяется опыт жизни с диагнозом психического расстройства, необходимостью длительного многолетнего медикаментозного лечения, посещения психиатрического диспансера и ощущение на себе негативных стигматизирующих эффектов, привносимых современным обществом.

Исходя из диатез-стрессовой концепции формирования шизофрении, стресс является мощным негативным фактором, который запускает развитие заболевания в том случае, когда адаптационные механизмы оказываются несостоятельными, и патологический процесс преодолевает «адаптационный барьер», активизируя в организме цепочку патогенетических механизмов, приводящих к появлению симптомов психоза [8]. Действие на человека, у которого манифестировала болезнь, стресса – продолжается и в стенах психиатрической больницы, так как сам факт госпитализации для пациента всегда субъективно неприятен. Осознание пережитого пациентом психиатрического опыта при неготовности его принятия всегда связано с субъективным переживанием дистресса. Для многих больных постпсихотический период становился насыщенным стрессогенными событиями из-за сложностей дальнейшей социальной адаптации в условиях ограничений, вызванных заболеванием, самостигматизации, необходимости перестраивать ценностно-ориентационную систему, цели и смыслы с учётом дальнейшей жизни с диагнозом психического расстройства.

Цель настоящей работы – на основании литературного обзора и анализа самоотчётов больных шизофренией изучить их проблемы, потребности и особенности

экзистенциальных показателей в период первого манифестного приступа заболевания, соотнести эти данные со стрессогенными параметрами ситуации, связанной с заболеванием, и оценить эффективность психотерапевтических мероприятий, направленных на конструктивное осознание пациентами смысла перенесенного психиатрического опыта с его интеграцией в общий жизненный опыт пациента.

Материалы и методы исследования

Выборка исследуемых лиц включала 237 пациентов мужского (139 человек, (58,6±3,2) %) и женского (98 человек, (41,4±3,2) %) пола в возрасте 18–35 лет, поступивших впервые в жизни в отделения Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка и дневные стационары Областного психоневрологического диспансера г. Донецка с первым манифестным приступом шизофрении. Это понятие объединяет синдромально схожие между собой состояния нарушения психики, которые проявляются нарушением мышления, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением, нарушенным аффектом и дезориентировкой [4].

С первого дня пребывания в стационаре всем пациентам назначалось медикаментозное лечение. Предпочтение отдавалось атипичным антипсихотикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных, лучшую переносимость и меньшее, по сравнению с типичными нейролептиками, количество побочных эффектов.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов было сформировано две группы. Основную группу составили 122 пациента, которые после купирования психотического состояния в течение полугода были включены в программу разработанной автором экзистенциально-личностной реабилитации, продолжая при этом поддерживающее медикаментозное лечение. Пациенты, получавшие только фармакотерапию, количестве 115 человек, составили группу сравнения.

Распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с МКБ–10 [5] было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) – 61 ((26,9±2,9)%) человек, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) – 5 ((2,2±1,0)%) человек, острое полиморфное психотическое расстройство (F23) – 15 ((6,6±1,6)%) человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 75 ((33,0±3,1)%) человек, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 12 ((5,3±1,5)%) человек, шизоаффективное расстройство (F25) – 48 ((21,1±2,7)%) человек, острое бредовое расстройство (F21) – 11 ((4,8±1,4)%) человек.

При проведении настоящего исследования использовали клинический метод, экзистенциально-феноменологический анализ самоотчетов пациентов и психодиагностический метод с использованием шкалы оценки трудности и неопределенности ситуации (ОТНС) Н.Е. Водопьяновой (2009) [3], позволяющей оценить уровень стрессогенности ситуации, связанной с психиатрическим опытом, и отражающей различные аспекты стрессовой ситуации.

Результаты и их обсуждение

Жизнь человека с диагнозом психического расстройства повышает риск ощущения бессмысленности дальнейшего существования, отказа от реализации себя в профессии и семье, обесценивает прежние достижения, затрудняет видение новых возможностей, самостоятельное решение проблем, автономное принятие решений и взятие ответственности за свою жизнь. Этому способствует невнимание специалистов здравоохранения к восстановлению целостности личности больных психическими расстройствами, помощи в принятии нового пережитого ими опыта и обучении их полноценной жизни с психическим расстройством.

С клинической точки зрения, шизофрения представляет собой психическое заболевание, а с экзистенциально-личностной – особый способ существования человека. Исследование психотического способа существования, понимание внутреннего мира переживаний пациента, «присутствие» и принятие участия терапевта в субъективном мире больного, возможно, в рамках экзистенциально-феноменологического подхода к изучению личности больного шизофренией. Это позволяет специалисту увидеть ситуацию болезни глазами пациента, глубоко понять его переживания и выявить потребности, что необходимо для проведения психотерапевтической работы, направленной на помощь пациенту в осознании смысла полученного психиатрического опыта.

Осмысление и принятие опыта болезни непременно ведёт к более высокому признанию ценности здоровья и жизни в целом. Во время психотического состояния человек ощущает изменение пространственно-темпоральных характеристик мира в виде нарушения течения времени, искажения взаимосвязей между объектами внешнего мира, испытывает изменение границ своего тела и дезинтеграцию своей психической жизни. Переживание опыта потери «связанности» времени и пространства в психотическом состоянии повышает степень ценности здорового переживания этих феноменов в постпсихотической реальности. Точно также и переживание изоляции, своего глубокого, фундаментального одиночества в период психотического приступа, а затем и социальной изолированности после окончания психотического периода, повышают ценность близких, интимных, доверительных межличностных отношений, способствуют их интеграции в ценностную систему личности.

Поэтому в процессе терапии важно помочь человеку увидеть и научить его использовать свою болезнь и свой перенесенный опыт столкновения с «психиатрией» как возможность для дальнейшего личностного роста и реализации своего потенциала.

Внутренний субъективный мир больного, перенесшего психоз, зачастую остаётся скрытым от специалистов, родственников, «здорового» общества, что приводит, с одной стороны, к односторонности оказания лечебно-реабилитационных воздействий (т. к. специалисты оказывают помощь в соответствии со своим видением потребностей, нужд и проблем психически больных, по медицинским показаниям или по данным психодиагностического исследования), с другой стороны – к непониманию переживаний пациента его близким окружением. Возможное сохранение у паци-

ентов после психоза признаков когнитивной недостаточности или резидуальных психотических знаков, неполного осознания всего происшедшего, дистресса, вызванного самим фактом пребывания в психиатрическом стационаре и видения сложных проблем и случаев других пациентов, пересмотра экзистенциальных аспектов существования, страха быть непонятыми или отвергнутыми, а также страха социальных потерь – часто не дают возможность больным открыто заявлять о своих потребностях и открывать свои насущные переживания как специалистам здравоохранения, так и своим близким. Такая ситуация делает необходимым установление доверительных отношений между специалистами и пациентами, что даёт возможность глубже заглянуть в мир внутренних переживаний психически больных и определить их реальные потребности.

В самоотчётах пациентов, перенесших опыт психоза, они открыто заявляют, что никто не понимает их лучше, чем человек, имеющий такой же опыт. В связи с этим большую ценность для них представляют больничные взаимоотношения, так как это и есть первый социум, в который входит человек, побывавший в «психотической реальности». Важным является принятие себя другими, другая точка зрения и получение информации о чужом, но подобном и близком опыте, а также знание о том, что «ты не один, что есть такие же люди, которые смогли справиться с болезнью» [11].

По данным самоотчётов, у пациентов после психоза возникает много внутренних субъективных проблем и вопросов, касающихся экзистенциальной ситуации («где мое место в жизни?», «в чем ее смысл?», «как жить с психиатрическим диагнозом?»), которые беспокоят больных намного больше, чем остаточные симптомы заболевания и даже необходимость продолжения приёма медикаментов. Мысленный самоанализ в поисках ответов на вопросы вызывает у них душевное страдание, отчаяние, пессимизм, «мысленное самоуничтожение», чувство тревоги и вины, «потери самого себя», своей ценности, цели и смысла жизни. Это часто порождает мысли о суициде. Некоторые авторы самоотчётов сообщают, что «психоз воспринимается, как один миг, после которого – перелом в жизни, безвыходность и пустота» [11]. Многие больные сообщают, что после психоза появляются проблемы с эмоциями, характеризуя свою жизнь после психоза как «деревянная жизнь», «живёшь, и ничего не чувствуешь». В самоотчётах прослеживается душевное страдание и сохранность критичности к указанным эмоциональным проблемам, желание «вернуть прежние эмоции радости, интереса к окружающему, смысла жизни».

Таким образом, самоотчёты насквозь пронизаны экзистенциальными темами. Непонимание пациентами всего происшедшего с ними в психотической реальности вызывает сильные переживания. Несмотря на фрагментарную амнезию психотического периода, в памяти пациентов фиксируется ряд феноменов, переживаемых ими в это время, таких, например, как «распад» или «потеря связанности» пространства, нарушение чувства целостности структуры своего «Я» во взаимосвязи с миром и т. д. Память больных лучше сохраняет те события, которые наблюдаются на фоне активной работы защитных механизмов (навязчивостей, ритуалов, бредовых идей), что объясняется некоторым уменьшением силы аффективных

переживаний. В то же время сам процесс перехода «обычной» реальности в «психотическую», сопровождающийся мощным уровнем эмоциональной насыщенности и аффективной блокадой критичности происходящего, амнезируется в гораздо большей степени [6].

В части самоотчётов авторы делают акцент на переживании чувства «беззащитности» перед миром, сомнениях в выборе между «добром и злом», что служит причиной страха возвращения в рабочий коллектив или коллектив друзей из-за отсутствия достаточной уверенности в себе и вероятности быть легко обманутым. Некоторые пациенты описывают очень травматичный опыт ситуации своего возвращения в социум при их недостаточной готовности к полноценному функционированию и исполнению социальных ролей. Неудачные попытки подобной социализации значительно усиливают дистресс и отчаяние. Семейное окружение пациентов часто настаивает на «скорейшем их возвращении к прежней жизни». В одном из самоотчётов применительно к данной ситуации автор использовал термин «слишком ранняя принудительная социализация».

Некоторые пациенты писали, что в первое время после психоза «часть человека продолжает ещё пребывать в недавних переживаниях «потустороннего мира», в «другой реальности», в «виртуальном» мире, который периодически воспринимается больным как более реальный. Самым вредоносным, с точки зрения самых пациентов, в данный момент являлась чрезмерная всеобъемлющая опека и контроль близких, которая полностью лишала больных самостоятельности и «мешала возвращению в реальность». По описанию одного из пациентов, «предоставление самостоятельности – это как протянуть слабую руку в реальность». По данным одного самоотчёта, ничто не возвращало к жизни так хорошо, как «поощрение любого поступка, даже прибирания постели».

Таким образом, несомненно важным является соблюдение семьёй больного золотого баланса, который создаёт необходимую мотивацию для самостоятельных, пусть поначалу даже очень простых действий, но, в то же время, ограждает пациента от болезненных проявлений его «Я», будучи для него «мостиком в реальность».

Анализ самоотчётов выявил наиболее важные потребности пациентов относительно ситуации перенесенного психоза, а именно: «субъективное ощущение самостоятельности и свободы выбора», «обретение смысла жизни», «умение чувствовать опасные повороты, преодолевать их или избегать», «сохранение прежних достижений, разума и свободы», «понимание смысла долгого лечения», «понимание самого себя и мира», «возвращение доверия к себе и к миру», «понимание того, зачем был нужен опыт психоза», «знание, что психоз излечим, что после психоза есть жизнь», «наличие веры и надежды», «знание, что есть те, кому можно доверять и обратиться за помощью», «понимание, что ты не один, что есть люди, которые справились с этим». Также были выявлены потребности в избавлении от душевного страдания и дистресса, разрешении внутренних субъективных проблем и конфликтов, вызванных травмирующей ситуацией, примирении с собой, ситуацией и миром.

После частичного восстановления критического отношения к пережитому, сама ситуация, связанная с опытом психоза, вызывает у пациентов самые разно-

образные психологические реакции и переживания. Многие из них стараются отрицать для себя случившееся, отказываясь говорить на данную тему и вспоминать детали ситуации, не видя для себя ничего ценного и полезного в приобретенном опыте. Другие пациенты впадают в панику, апатию или бесплодные размышления («Почему именно я?», «Что в жизни я сделал не так?», «Как теперь быть?»). Третьи – выбирают не очень адаптивные варианты социального поведения, уходя от «мыслей о болезни и безысходности» в мир алкоголя, наркотиков, «дурных» компаний. Ещё часть пациентов активизирует более-менее удачные средства психологической защиты, искажая реальность, но благодаря этому как-то адаптируясь к жизни с болезнью. Однако любой из способов адаптации к ситуации скрывает под собой защиту от тревоги, связанной с возможными социальными потерями в жизни или потерей здоровья и автономии, что обнажает внутренний экзистенциальный конфликт, связанный с желанием продолжать жить и бессмысленностью дальнейшего существования.

Исходя из положений экзистенциальной психотерапии о том, что тревога, связанная с потерей смысла жизни, обратно пропорциональна удовлетворённости жизнью, в процессе работы важно не стремиться анестезировать тревогу пациентов, а помочь им примириться с ней и использовать её конструктивно. Использование экзистенциальной тревоги, связанной с утратой смысла жизни, в конструктивном русле, и направление её на укрепление духовных ценностей, постановку целей в жизни, поиск её смысла, способствует формированию новой личностной направленности и обретению пациентами нового смысла жизни.

Для оценки уровня стрессогенности ситуации, связанной с перенесенным психиатрическим опытом, была использована шкала ОТНС Н. Е. Водопьяновой, отражающая различные аспекты стрессовой ситуации. Шкала позволяет оценить общий уровень стрессогенности ситуации, связанной с психиатрическим опытом, и определяет субъективно измеряемую степень «потери» или «угрозы потери» социального, семейного статуса, уровня достижений и т. д.; степень «вызова» или «несправедливости», когда могут иметь место противоречия между энергетическими затратами пациентов, связанными с активным восстановлением уровня адаптации и удовлетворенностью от полученного результата (достижение поставленной цели, получение определенного социального, материального или семейного статуса). Шкала ОТНС также позволяет определить потенциальный ресурс человека, его возможности справиться с ситуацией, что зависит от механизмов психологической защиты, ведущих копинг-стратегий, личностных особенностей пациента, мотивационных детерминант выздоровления (веры, надежды, оптимизма, готовности попросить о помощи и довериться другим). На основании результатов психодиагностического исследования можно получить представление об избегании пациентом ответственности за течение своей болезни и свою жизнь; субъективном представлении о «степени участия» пациента в происходящих событиях и возможности изменить ситуацию путём вмешательства в неё; повторяемости в жизни пациента стрессовых

Таблица 1. Сравнительный анализ показателей стрессогенности ситуации, связанной с перенесенным психиатрическим опытом у пациентов основной группы с применением шкалы ОТНС

Показатель	После купирования приступа (до психотерапии)	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
Степень угрозы ситуации	5,74±0,08	1,53±0,03*\$	2,0±0,06*\$	1,7±0,06*\$	p<0,001
Степень утраты ситуации	5,91±0,06	1,9±0,04*\$	2,9±0,05*\$	2,4±0,03*\$	p<0,001
Степень несправедливости ситуации	2,87±0,05	5,16±0,02*\$	5,8±0,02*\$	5,7±0,01*	p<0,05
Степень контроля ситуации	6,57±0,15	1,5±0,05*\$	2,5±0,07*\$	2,0±0,07*\$	p<0,001
Сложность понимания и управления ситуацией	6,1±0,07	2,1±0,04*\$	2,5±0,03*\$	2,3±0,03*\$	p<0,001
Автономность ситуации	2,2±0,03	5,5±0,11*\$	5,0±0,05*\$	5,7±0,13*\$	p<0,05
Повторяемость ситуации	4,33±0,24	3,25±0,03	4,7±0,12	4,82±0,06	p>0,05
Опыт подобных ситуаций	4,45±0,22	1,48±0,08*\$	1,9±0,05*\$	2,21±0,14*\$	p<0,001
Общий показатель стрессогенности ситуации	38,17±0,9	22,42±0,4*\$	27,3±0,45*\$	26,83±0,53*\$	p<0,001

Примечание: * – отличие от показателей до лечения статистически значимо (p<0,05); \$ – отличие от группы сравнения после лечения, в соответствующий период, статистически значимо (p<0,05).

ситуаций, приводящих к выраженному эмоциональному дистрессу и опыте разрешения подобных ситуаций; «возможности контроля» своего заболевания, его симптомов и приёма медикаментов; «сложности понимания причин» возможного обострения и «управления» ситуацией, связанной с повторной госпитализацией.

Показатели стрессогенности ситуации оценивались сразу после купирования продуктивных симптомов до начала реабилитационных мероприятий, направленных на осознание смысла опыта психоза, затем – через 0,5 лет, 1 год и 2 года. Результаты анализа стрессогенных показателей представлены в таблицах 1 и 2.

Экзистенциально-личностная реабилитация, направленная на осознание смысла психиатрического опыта, была основана на личностно-ориентированном подходе к оказанию психиатрической помощи, позитивной психотерапии и акценте на экзистенциальных составляющих существования человека. Она включала ряд психотерапевтических техник и приёмов, часть из которых авторские.

В обеих исследуемых группах пациенты воспринимали ситуацию, связанную с болезнью и пребыванием в стенах психиатрического отделения, как стрессовую, наделяя её высокой степенью стрессогенности, о чем свидетельствовали средние значения общего показателя стрессогенности шкалы ОТНС ((38,17±0,9) баллов в основной группе и (38,94±1,25) баллов в группе сравнения). Душевные страдания, которые испытывали пациенты после восстановления критичности к происходящему, их психологический дистресс, связан-

ный с пережитым кризисом и неуверенностью в своём будущем, сопровождались страхом потери имеющихся достижений, приводили к появлению негативной эмоциональной реакции – депрессивной, тревожной, апатической, замедляя и процесс выздоровления.

Анализ показателей стрессогенности кризисной ситуации в группах пациентов по шкале ОТНС, на момент купирования психотической симптоматики показало следующие результаты: в основной группе наибольшую стрессогенность ситуации придавали такие параметры субъективной репрезентации, как «степень угрозы» ((5,74±0,08) баллов), «степень утраты» ((5,91±0,06) баллов), «контролируемость ситуации» ((6,57±0,15) баллов) и «осведомленность» ((6,1±0,07) баллов). Это проявлялось опасениями пациентов, что столкновение с психиатрической службой грозит им большими потерями уже имеющихся и будущих социальных достижений, трудностями в профессиональной сфере, разрушением семейных отношений, проблемами взаимодействия с микросоциальным окружением с невозможностью контроля заболевания, бессилием перед ним, незнанием алгоритма действий в ситуации начала обострения. Анализ стрессогенности ситуации, связанной с психиатрическим опытом, после окончания психотерапевтических мероприятий, то есть через 0,5 лет после манифестного приступа заболевания, показал статистически значимое (p<0,001) снижение общего показателя стрессогенности, по сравнению с изначальными значениями данного показателя. Также достоверные различия (p<0,05) были отмечены по большинству

Таблица 2. Сравнительный анализ показателей стрессогенности ситуации, связанной с перенесенным психиатрическим опытом у пациентов группы сравнения с применением шкалы ОТНС

Показатель	После купирования приступа	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
Степень угрозы ситуации	5,81±0,03	6,2±0,13	6,27±0,15*	6,3±0,17*	p<0,05
Степень утраты ситуации	6,1±0,04	6,4±0,1*	6,43±0,05*	6,39±0,1*	p<0,05
Степень несправедливости ситуации	2,9±0,11	3,9±0,12	3,83±0,11	3,9±0,07	p>0,05
Степень контроля ситуации	6,42±0,11	5,27±0,06	5,13±0,07	5,15±0,13	p>0,05
Сложность понимания и управления ситуацией	5,96±0,05	6,31±0,07	6,26±0,1	6,1±0,2	p>0,05
Автономность ситуации	2,54±0,07	2,22±0,02	3,18±0,04	3,14±0,07	p>0,05
Повторяемость ситуации	4,58±0,54	5,26±0,31	5,47±0,12	5,49±0,08	p>0,05
Опыт подобных ситуаций	4,63±0,3	5,6±0,15	5,53±0,16*	5,68±0,09*	p<0,05
Общий показатель стрессогенности ситуации	38,94±1,25	41,16±0,96	42,1±0,8	42,45±0,91	p>0,05

Примечание: * – отличие от показателей до лечения статистически значимо (p<0,05).

параметров шкалы ОТНС: степени угрозы и утраты социальных потерь, степени контролируемости или автономности ситуации, склонности понимания и управления ситуацией, осведомленности о способе действий в подобных ситуациях. Таким образом, после реабилитации стрессогенность ситуации, связанной с психиатрическим опытом, у пациентов основной группы значительно снизилась. Данная ситуация уже не рассматривалась ими как угрожающая появлением негативных изменений в их жизни. Субъективно пережитый кризис уже не был связан для них с «угрозой потери» всего приобретенного в жизни, а значит и смысла дальнейшего развития и самоактуализации. Усиление позитивных, здоровых аспектов личности пациентов, психотерапевтическая коррекция механизмов психологической защиты и обучение конструктивным копинг-стратегиям способствовали желанию пациентов занимать более активную позицию по отношению к заболеванию и сделали возможным понимание того, что течение болезни и ее симптомы можно самостоятельно контролировать приемом медикаментов.

Полученный после проведения реабилитационных мероприятий, направленных на осмысление опыта психоза, результат, сохранялся на протяжении всего исследуемого двухлетнего периода после первого манифестного приступа шизофрении. Этот результат выражался в статистически значимом снижении степени стрессогенности связанной с болезнью ситуации и уровня связанного с ней дистресса. Динамика средних значений практически всех показателей методики ОТНС характеризовалась их достоверным снижением ($p < 0,05$) у представителей основной группы. Отсутствие достоверного ($p > 0,05$) снижения показателя «повторяемость ситуации» свидетельствовало об отсутствии тенденции к рецидивированию болезни.

У пациентов группы сравнения достоверного снижения общего показателя стрессогенности связанной с болезнью ситуации выявлено не было ($p > 0,05$), хотя со временем степень стрессогенности снизилась по показателю «степень контроля ситуации» (с $6,42 \pm 0,11$) баллов на момент купирования продуктивных симптомов на $(5,15 \pm 0,13)$ баллов через 2 года после манифестного приступа). Двухлетняя динамика остальных параметров шкалы ОТНС в группе сравнения показала отсутствие снижения стрессогенно-

сти кризисной ситуации и статистически значимо ($p < 0,05$) отличалась от динамики данных показателей в основной группе в соответствующие временные периоды, как отличалось ($p < 0,001$) и значение общего суммарного показателя стрессогенности.

Выводы

Это доказывает эффективность экзистенциально-личностной реабилитации, направленной на осмысление опыта перенесенного психоза. Снижение степени стрессогенности ситуации, связанной с заболеванием, влечёт за собой устранение эмоционального дистресса, предотвращает появление депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей, препятствует утрате смысла жизни и изоляции от социума. На место дистресса приходит ощущение оптимизма, надежды на выздоровление, постановка новых целей, создание системы ценностей и смыслов, движение по пути самоактуализации.

Список использованной литературы

1. Бите И. Экзистенциальный подход в терапии клиентов, переживших насилие / И. Бите // Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии: сборник / [сост. Ю. Абакумова-Кочюнене]. – Вильнюс: ВЕЭАТ Биштонас, 2005. – Т. 2. – С. 88–93.
2. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии / Дж. Бьюдженталь. – М.: Класс, 1998. – 207 с.
3. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
4. Мангуби Д. А. Первичный психотический эпизод: новые лекарственные формы как альтернатива инъекциям / Д. А. Мангуби // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 32–33.
5. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
6. Сенс перенесеного психіатричного досвіду у хворих з першим психотичним епізодом: метод. реком. / [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна та ін.] – Донецьк, 2013. – 24 с.
7. Хайдеггер М. Бытие и время / Р. Хайдеггер. – М.: Ad Marginem, 1997. – 1510 с.
8. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / [А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова и др.]. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
9. Якобсен Б. Жизненный кризис в экзистенциальной перспективе: могут ли травма и кризис рассматриваться как помощь в личном развитии? / Б. Якобсен // Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии: сборник / [составитель Ю. Абакумова-Кочюнене]. – Вильнюс: ВЕЭАТ, 2005. – С. 101–112.
10. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М.: Класс, 1999. – 265 с.
11. Deegan P. E. Recovery as a journey of the heart / P. E. Deegan // Psychosoc. Rehab. J. – 1996. – Vol. 19. – P. 91–97.
12. Tillich P. The Courage to Be / P. Tillich // New Haven and London: Yale University Press, 1952. – 66 p.

СЕНС ДОСВІДУ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОЗУ ТА ПОВ'ЯЗАНА З НИМ СТРЕСОГЕННІСТЬ СИТУАЦІЇ: ЕКЗИСТЕНЦІАНА ПАРАДИГМА

О.І. Осокіна

У даній статті розглянуті питання, пов'язані з психологічним дистресом, який відчувають хворі на шизофренію після перенесеного психотичного нападу, через призму екзистенційної парадигми. Вивчено параметри стресогенної ситуації, пов'язаної з госпіталізацією, досвідом психотичних переживань і особливостями існування з психіатричним діагнозом в постпсихотичний період. Досліджено самозвіти хворих на шизофренію та визначено їх потреби та очікування, на підставі яких розроблена модель екзистенційно-особистісної реабілітації. Доведено, що використання даної реабілітаційної моделі достовірно ($p < 0,001$) знижує стресогенність ситуації, пов'язаної з психіатричним досвідом, у хворих після маніфестації шизофренії.

Ключові слова: сенс досвіду психозу, шизофренія, стресогенність ситуації, екзистенційно-особистісна реабілітація.

THE SENSE OF PSYCHOTIC EXPERIENCE AND ASSOCIATED STRESSFUL SITUATION: EXISTENTIAL PARADIGM

O. Osokina

This article discussed the issues related to psychological distress felt by patients with schizophrenia after suffering a psychotic episode, based on the existential paradigm. There were investigated the parameters of stressful situation related to hospitalization, experience of psychotic state and peculiarities of life with a psychiatric diagnosis in the period after psychosis. There were studied self-reports in patients with schizophrenia and identified their needs and expectations, based on which the model of existential-personal rehabilitation was developed. It was proved that the use of the model of rehabilitation was significantly ($p < 0,001$) reduced stressful situation related to psychiatric experience in first-episode schizophrenia patients.

Key words: the sense of psychotic experience, schizophrenia, stressful situation, existential-personal rehabilitation.